ITEM 099 : MIGRAINE - NÉVRALGIE DU TRIJUMEAU ET ALGIES DE LA FACE

Fiche réalisée en priorisant les informations/rangs de la fiche LiSA > Collèges (Neurologie > Douleur > ORL)

CÉPHALÉES

- Douleur de la tête, située au-dessus de la nuque et de la ligne orbito-méatale.

ÉPIDEMIOLOGIE

- 50-75 % des adultes ≥ 1 céphalée dans les 12 derniers mois.
- 3 % de la population souffre de céphalée chronique.
- Crise de céphalée de tension ou migraine +++.
- **Impact individuel et sociétal** : douleur, handicap induit, diminution de la qualité de vie, coûts directs (soins) ou indirects (absentéisme).
- **Sous-estimées**, peu reconnues, insuffisamment traitées.

CLASSIFICATION

Classification internationale des céphalées ICHD-3

- Modalités diagnostiques des céphalées.
- Outil d'aide au diagnostic en routine clinique.
- Référentiel consensuel international permettant une classification homogène.

Céphalée primaire	**Céphalée attribuée à aucune autre pathologie** : - Migraine. - Céphalée de tension. - Algie vasculaire de la face et autres céphalées trigémino-autonomiques. - Autres causes rares.
Céphalée secondaire	**Signe clinique symptomatique d'une cause** locale, régionale ou générale : - Céphalées post-traumatisme crânien ou cervical. - Céphalées secondaires à une pathologie vasculaire crânienne ou cervicale (hémorragie méningée, hématome, malformation vasculaire, douleur d'origine carotidienne ou de l'artère vertébrale, HTA, thrombose veineuse). - Céphalées secondaires à une pathologie intracrânienne non vasculaire (HTIC, tumeur cérébrale, malformation de Chiari). - Céphalées toxiques aiguës ou chroniques par abus médicamenteux ou sevrage. - Céphalées en rapport avec un processus infectieux (méningite, encéphalite, abcès, empyème). - Céphalées secondaires à un trouble métabolique (hypoxie, hypercapnie, hypoglycémie, hypercalcémie, dialyse). - Céphalées associées à une douleur de la face (dentaire, sinusienne, oculaire, auriculaire) ou de la nuque. - Céphalées associées à une maladie psychiatrique.
Névralgies intra-crâniennes	- Névralgies du nerf trijumeau, du nerf glossopharyngien ou autres névralgies. - Céphalées inclassables.

DG

CLINIQUE

- Interrogatoire avec critères diagnostiques de **l'ICHD** (International Classification of Headache Disorders).
- Normalité de l'examen clinique.

Écarter une céphalée secondaire	- Pas de diagnostic de céphalée primaire lors d'un 1er épisode. - Examen clinique **normal** dans les céphalées primaires (hors signes de dysautonomie lors d'une crise d'AVF). - **Hypothèse d'une céphalée secondaire** si : • 1re crise. • Crise inhabituelle chez un patient sujet à des céphalées épisodiques récurrentes. • Céphalée inhabituelle chez un patient souffrant de céphalées chroniques. → **Exploration rapide.**

CODEX.:, S-ECN.COM

		Drapeaux rouges faisant suspecter une cause grave	- Céphalée brutale ou en coup de tonnerre → Hémorragie sous-arachnoïdienne. - Céphalée avec aura migraineuse atypique → AIT, AVC, épilepsie, malformation artério-veineuse. - Traumatisme crânien → HSD. - Céphalée progressive → Processus expansif intracrânien. - Céphalée modifiée par la posture → HTIC (augmentation des douleurs en décubitus) ou hypotension intracrânienne (augmentation des douleurs debout). - Céphalée provoquée par la toux, l'éternuement ou l'effort → processus expansif intracrânien. - Céphalée avec amaigrissement ou troubles mnésiques ou modification de la personnalité → Céphalée secondaire. - Début après 50 ans → Céphalée secondaire, toujours évoquer une artérite temporale. - Fièvre inexpliquée → Méningite. - Nuque raide → Méningite, hémorragie sous-arachnoïdienne. - Déficit neurologique focal → Céphalée secondaire. - Perte de poids → Céphalée secondaire. - Altération de la mémoire, de la conscience, du caractère → Céphalée secondaire.
	Préciser le type de la céphalée primaire	**Laisser le patient s'exprimer**	- Symptômes prédominants. - Préoccupations principales.
		Caractéristiques de la céphalée	- Date de début. - Durée, fréquence des crises. - Évolution dans le temps, modalités d'installation. - Topographie, intensité, type de douleur, irradiation. - Facteurs aggravants/calmants (alimentaires, hormonaux, émotionnels).
		Signes accompagnateurs	- **Symptômes « migraineux »** : nausées, vomissements, photo/phonophobie, pulsatilité. - **Symptômes « trigémino-autonomiques »** : larmoiement, congestion nasale, rhinorrhée, ptosis, myosis, rougeur oculaire, œdème de la paupière. - Comportement lors des crises, agitation. - Symptômes focaux, élément postural.
		Contexte	- ATCD, contexte, facteurs déclencheurs, infections, traumatismes, voyage, situation psychiatrique. - Répercussions sur le sommeil, le travail, la vie sociale, la scolarité. - Attentes du patient, croyances sur la maladie.
		Historique des traitements essayés/ actuels	- Traitements de crise et de fond, durée de prise, dose, efficacité, effets secondaires. - Fréquence de la prise médicamenteuse lors des 3 derniers mois (recherche d'un abus), efficacité des traitements.
	Profil temporel	- Durée des crises sans traitement. - Nombre de jours de céphalée par mois : • **Céphalées < 15 jours/mois** : migraine épisodique, céphalée de tension épisodique. • **Céphalées ≥ 15 jours/mois** : céphalée chronique quotidienne (CCQ). ○ **De courte durée** (crises < 4 heures) : algie vasculaire de la face, névralgie du trijumeau. ○ **De longue durée** (crises > 4 heures) : migraine chronique, céphalée de tension chronique, +/- abus médicamenteux (douleur possiblement permanente, du lever au coucher et la nuit). - Durée des céphalées sans traitement.	

MIGRAINE

Migraine : **pathologie neurovasculaire** liée à des altérations subtiles neuronales et vasculaires se manifestant par la survenue de crises rapprochées, parfois sévères (jusqu'à plusieurs crises/semaines chez 10 % des migraineux).
- Prévalence mondiale de 15 % (1 milliard de personnes).

ÉPIDEMIOLOGIE	**Épisodique**	- < 15 jours/mois. - 12 % des adultes. - Pic entre 35-39 ans : 30 % des femmes et 15 % des hommes.
	Chronique	- ≥ 15 jours/mois. - 1,7 % des adultes.
	- 7-8 % des enfants prépubères (♂ = ♀). - Débute souvent à la puberté avec ♀ > ♂ (SR = 2 dans la fiche Lisa, SR = 3 dans le collège d'ORL). - Caractère familial = facteur de risque le plus puissant et le plus constant. - **Maladie neurologique la plus invalidante** : **handicap considérable invisible et souvent méconnu**, supérieur à toutes les autres maladies neurologiques réunies. - **Sans aura** : 6-10 % de la population. - **Avec aura** : 3-6 % de la population.	
PHYSIO	**Héréditaire polygénique**	**Multiples gènes de susceptibilité** : - Hyperexcitabilité cérébrale. - Dysfonction des centres modulateurs de la nociception céphalique situés dans l'hypothalamus et le tronc cérébral. - Plus l'âge de début est précoce, plus la part des facteurs génétiques est importante.
	Facteurs environne-mentaux	**Pathologie de l'adaptation aux changements** : déclencheurs internes/externes perturbant l'homéostasie cérébrale. - Modification des repas ou du sommeil. - Effort physique inhabituel. - Changements climatiques. - Période cataméniale. - Stress. - Émotion positive/négative.
	Sujet jeune	- 90 % avant 40 ans. - **Point culminant des migraines entre 30 et 50 ans.** - Rare après 65 ans.
	Prédominance féminine	- Imprégnation en œstrogènes → Accroissement de l'excitabilité cérébrale. - Variations du cycle → Exposition aux crises. - Amélioration lors de la grossesse et après la ménopause.
	Paroxystique et cyclique	1. **Prodromes** : . **Activation de l'hypothalamus** pouvant durer jusqu'à 72 h avant la céphalée → Levée de l'inhibition du tronc cérébral et du système trigémino-vasculaire. . **Dysfonction du système nerveux végétatif.** 2. **Aura** : vague de **dépression corticale envahissante** (DCE). . Phénomène biphasique : courte phase d'hyperactivité neuronale d'hyperperfusion puis phase prolongée d'hypoactivité neuronale et hypoperfusion modérée (sans atteinte du seuil ischémique). . Peut activer directement le système trigémino-vasculaire ou renforcer son activation. 3. **Céphalée** : **activation du système trigémino-vasculaire** en réponse à une rupture de l'homéostasie cérébrale. . V1 du trijumeau = innervation des vaisseaux intracrâniens et des méninges. . Réflexe trigémino-vasculaire = protection du risque ischémique par libération de neuropeptides vasodilatateurs dont le CGRP (calcitonine-gene related peptide). . **CGRP** = déclenchement d'une **inflammation aseptique périvasculaire** et méningée avec vasodilatation modérée. . Message douloureux acheminé par le V1 vers le noyau caudal du trijumeau dans le tronc cérébral. . Activation du 1er neurone puis du 2e neurone central. 4. **Post-dromes** : rétablissement progressif de l'homéostasie cérébrale. 5. **Phase intericale** : possible **hypersensibilité sensorielle** et **allodynie cutanée permanente** (s'aggravant pendant les prodromes et culminant lors de la céphalée).
DG	= Repose sur l'interrogatoire et la normalité de l'examen clinique : aucun bilan complémentaire si clinique typique. 1/ **Élimination d'une céphalée secondaire.** 2/ **Distinguer la migraine des autres céphalées primaires.** 3/ **Proposer une stratégie thérapeutique individuelle.**	

<table>
<tr><td rowspan="6"></td><td>Migraine sans aura
80 % des crises</td><td colspan="2">- Prodrome : troubles de l’humeur, sensation de faim, asthénie, bâillement…
- Céphalée :
. Siège : temporale ou sus-orbitaire, unilatéral avec alternance du côté selon les crises.
. Apparition : rapidement progressif (maximale en quelques heures), peut réveiller le patient (notamment en fin de nuit).
. Type : pulsatile, accentuée en cas d’effort physique ou de concentration.
. Durée : entre 4 à 72 h (moyenne : 12-24 h), récupération complète à l’issue de la crise.
Signes associés :
. Nausées et vomissements fréquents, parfois avec signes vasomoteurs.
. Photophobie et phonophobie : isolement dans un endroit calme et peu éclairé.
- Chez l’enfant : crises plus courtes (souvent < 4 h), pâleur, troubles digestifs, calmée par le sommeil.
- Équivalent migraineux chez l’enfant : migraine abdominale, vomissements cycliques, vertige paroxystique, torticolis paroxystique, migraine confusionnelle.</td></tr>
<tr><td rowspan="4">Migraine avec aura</td><td colspan="2">= Présence de signes neurologiques transitoires, focalisés, le plus souvent « positifs », précédant ou accompagnant la céphalée migraineuse, classiquement controlatéraux, présent ou non d’une crise à l’autre.
- Apparition progressive et successive ≥ 5 minutes (« marche migraineuse ») avec régression complète en < 1 h.
- Associant parfois plusieurs types d’aura (au début aura visuelle, puis troubles sensitifs, puis du langage).
- Parfois par crise isolée (sans céphalée) chez 1/3 des patients, voire jamais accompagnée de céphalées (5 %) = aura isolée sans céphalée.
- Facteur de risque indépendant d’infarctus cérébral (risque x2), donc choisir une contraception selon les facteurs de risque vasculaire et le type de migraine (œstroprogestatifs contre-indiqués).
- Recherche des facteurs de risque artériels :
. Âge > 35 ans.
. Tabagisme.
. Histoire familiale d’AVC ou d’infarctus du myocarde.
. HTA.
. Dyslipidémie.
. Obésité.</td></tr>
<tr><td>Troubles visuels</td><td>- Les plus fréquents et intéressent les deux yeux.
- Phénomènes positifs avec tâche aveugle : scotome scintillant, phosphènes, zigzags.
- Signes déficitaires parfois : vision floue, HLH.</td></tr>
<tr><td>Troubles sensitifs</td><td>- Paresthésies unilatérales +/- hypoesthésie non douloureuses, touchant typiquement les 1ers doigts de la main et le pourtour des lèvres du même côté (chéiro-orale).
- Extension progressive au coude, puis à l’hémiface = marche migraineuse.</td></tr>
<tr><td>Autres</td><td>- Troubles du langage (plus rares) : manque du mot, dysarthrie, parfois aphasie totale.
- Troubles basilaires (vertiges, ataxie, diplopie, somnolence) : prise en charge par un neurologue.
- Troubles moteurs (migraine hémiplégique) : prise en charge par un neurologue.
- Trouble visuel strictement monoculaire (migraine rétinienne) : examen ophtalmologique complet et avis neurologique.</td></tr>
<tr><td>Fréquence des crises</td><td colspan="2">- Migraine épisodique (<15 j/mois) : à basse fréquence (< 8 j/mois) ou haute fréquence (> 8 à 14 j/mois).
- Migraine chronique qui fait partie des CCQ : céphalées ≥ 15 j/m au moins 3 mois dont au moins 8 jours avec des caractéristiques migraineuses (souvent avec abus médicamenteux).</td></tr>
<tr><td>Critères ICHD-3</td><td>Migraine sans aura</td><td>- A : ≥ 5 crises répondant aux critères B-D.
- B : Crise de céphalées durant 4 à 72 h (sans traitement) .
- C : ≥ 2 caractéristiques parmi :
. Unilatéralité.
. Modérée/sévère.
. Pulsatile.
. Aggravée par les efforts physiques de routine (marcher, monter les escaliers).
- D : ≥ 1 signe associé : nausées/vomissements ou photo-phonophobie.
- E : Non attribuable à une autre affection.</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="5"></td><td colspan="2"></td><td>Migraine avec aura</td><td>- A : ≥ 2 crises répondant aux critères B-C.
- B : Aura entièrement réversible : visuelle (tache, lumière scintillante, perte de vision), sensitive (fourmillement, hypoesthésie), ou trouble du langage (sans symptôme moteur, basilaire ou rétinien).
- C : ≥ 3 caractéristiques parmi :
. ≥ 1 symptôme développé progressivement ≥ 5 minutes.
. ≥ 2 symptômes de survenue successive.
. Chaque symptôme dure 5 à 60 minutes.
. ≥ 1 symptôme unilatéral.
. ≥ 1 symptôme positif.
. Accompagnée ou suivie de céphalées dans les 60 minutes.
- D : Non attribuable à une autre affection.</td></tr>
<tr><td rowspan="3">PC</td><td colspan="2">- Migraine épisodique sans aura + crises ≥ 1 an + examen clinique normal → Pas d’imagerie cérébrale.</td></tr>
<tr><td>Indications de l’IRM cérébrale</td><td>- Crises de migraine débutant après l’âge de 50 ans.
- Migraine avec aura (peut montrer des hypersignaux non spécifiques de la substance blanche).
- Migraine chronique.</td></tr>
<tr><td>Indications de l’imagerie cérébrale urgente</td><td>- Début brutal ou en coup de tonnerre.
- Début récent ou aggravation progressive < 7 jours.
- Fièvre associée (sans cause générale évidente).
- Signes neurologiques associés.
- Caractéristiques suggérant une intoxication (notamment au CO).
- Contexte d’immunodépression.</td></tr>
<tr><td>DD</td><td colspan="2">Migraine sans aura = céphalées paroxystiques répétées : attaque de panique, tumeur cérébrale intra-ventriculaire (kyste colloïde du 3e ventricule…)
Migraine avec aura :
- Signe neurologique sans céphalée : AIT, épilepsie partielle.
- Migraine avec aura secondaire : malformation artérioveineuse, lupus, SAPL, états hypercoagulables.</td></tr>
<tr><td>FACTEURS FAVORISANT/DECLENCHANT</td><td colspan="4">- Modification des repas et de l’hydratation : horaires, quantité, qualité.
- Modification du sommeil : qualité, durée, horaires de lever et de coucher.
- Changements climatiques : pression atmosphérique, température, hygrométrie.
- Changements hormonaux : période cataméniale, reprise des migraines en post-partum.
- Effort physique intense et inhabituel.
- Émotions négatives ou positives : colère, contrariété, fêtes d’anniversaire, mariage.
- Stress et périodes de décontraction : week-end, vacances.
- Déclencheurs pharmacologiques : alcool, inhibiteurs de la phosphodiestérase.
→ Règles hygiéno-diététiques chez les patients ayant une hygiène de vie défavorable (mais pas de guérison de la migraine).
→ Comportements d’évitement de déclencheurs = baisse de la qualité de vie voire augmentation de la sensibilité aux déclencheurs (aggravation de la migraine).</td></tr>
<tr><td rowspan="10">FACTEURS DE RISQUE DE MIGRAINE CHRONIQUE</td><td colspan="3">Facteurs de risque</td><td>Prévention/traitement</td></tr>
<tr><td colspan="3">- Sexe féminin
- Faibles revenus du foyer</td><td>Non modifiables</td></tr>
<tr><td colspan="3">Sédentarité</td><td>Éducation, encourager l’activité physique</td></tr>
<tr><td colspan="3">Café > 3 tasses/jour</td><td>Éducation, arrêt ou réduction du café</td></tr>
<tr><td colspan="3">Traumatismes et abus psychologiques et sexuels</td><td>Prévention des violences physiques, psychologiques et sexuelles, techniques de réduction du stress</td></tr>
<tr><td colspan="3">- Fréquence des céphalées (à surveiller par l’agenda des crises)
- Nausées persistantes
- Allodynie cutanée</td><td>Traitement préventif de la migraine</td></tr>
<tr><td colspan="3">Dépression</td><td>Dépistage échelle HAD, traitement</td></tr>
<tr><td colspan="3">Asthme, autres affections respiratoires</td><td>Traitement spécifique</td></tr>
<tr><td colspan="3">Obésité</td><td>Alimentation équilibrée et exercice physique</td></tr>
<tr><td colspan="3">Cervicalgies et/ou lombalgies chroniques</td><td>Activité physique, kinésithérapie, information sur l’abus médicamenteux, éviter les opiacés</td></tr>
</table>

	Traumatismes crâniens ou cervicaux	Éducation, port du casque
	Ronflement, insomnie	Techniques de gestion du sommeil, éviter les benzodiazépines et hypnotiques, traitements spécifiques
	Hypertension artérielle, maladies cardiovasculaires	Dépistage systématique de l'HTA et traitement éventuel, lutte contre les autres facteurs de risque vasculaire
	Abus médicamenteux (à monitorer par l'agenda)	**Éducation, dépister l'abus médicamenteux, éviter les opiacés**
	Traitement de crise inefficace	Optimisation du traitement de crise

RETENTISSEMENT	- Évaluation du retentissement par **l'échelle HIT-6** et **l'agenda des céphalées.**	
	Migraine sévère	- Migraine ≥ 8 jours/mois. - Score HIT-6 ≥ 60. - Céphalées nécessitant l'interruption complète des activités dans ≥ 50 % des cas.
	Migraine résistante	Échec ≥ 3 classes différentes de traitement de fond.
	Migraine réfractaire	Échec de tous les traitements de fond.
	État de mal migraineux	- Crise persistant > 72 h avec retentissement important sur l'état général. - Traitement : . 1re intention : sumatriptan SC. . Si échec : réhydratation IV avec perfusion d'AINS et de métoclopramide. . Si échec : perfusion de tricycliques (amitriptyline). - Céphalée secondaire à rechercher.

TTT	- **RHD** : régularité des repas et du sommeil, consommation de caféine modérée et sans sevrage le weekend, activité physique régulière, limitation de consommation d'alcool. - Suppression des facteurs déclenchants : **contraception adaptée**, **arrêt du tabac, diminution du stress**… (mais attention à ne pas majorer les conduites d'évitement). - En cas de migraine avec aura : **contre-indication à une contraception œstroprogestative.**			
	TTT de crise	= Prise seulement au moment de la crise, le plus précocement possible, sans dépasser les doses prescrites. → **AINS si crise modérée, triptan si crise sévère ou association des deux si très sévère ou longue durée.** - Le traitement est efficace sur les céphalées et les signes d'accompagnement, **mais pas sur l'aura.** - En cas de nausées/vomissements précoces : **voie nasale, rectale ou injectable** ± prise d'**antiémétique.**		
		Indications	- Crise légère en initiation : **paracétamol.** - Crise modérée à sévère ou échec du paracétamol : **AINS + triptan** sans dépasser 2 jours/semaine (ou 8 jours/mois). → Efficacité à évaluer à 3 mois.	
		Paracétamol	- Souvent en automédication. - Efficace que sur les crises légères à modérées.	
		Aspirine et AINS	**Molécules**	- Aspirine (1 g). - Acide acétylsalicylique 900 mg + métoclopramide 10 mg. - Ibuprofène et kétoprofène (AMM). - Naproxène, diclofénac, indométacine.
			Effets indésirables	- Troubles digestifs, hémorragies. - Allergie ou asthme.
			Contre-indications	- UGD en évolution. - Grossesse > 24 SA.
		Triptans	= Antimigraineux spécifiques (vasoconstricteurs). - Agonistes des récepteurs sérotoninergiques 5HT1B/1D. - Posologie : 1 unité en début de crise (à renouveler si récurrence, max 2/jour).	
			Molécules	Almotriptan (12,5 g), Elétriptan (20 ou 40 mg), Frovatriptan (2,5 mg), Rizatriptan (5 ou 10 mg), Sumatriptan (50 mg, ou spray 10-20 mg ou SC non remboursé), Zolmitriptan (2,5 mg non remboursé).
			Effets indésirables	- Nausées, vertiges, somnolence. - Lourdeur, douleur/pression thoracique. - Palpitations, tachycardie. - Spasme coronaire (exceptionnel).

CODEX.:, S-ECN.COM

			Contre-indications	- Coronaropathies, pathologie artérielle ischémique, HTA non contrôlée. - AVC ou AIT.
		Métoclopramide		- Pour soulager les troubles digestifs en cas de nausées/vomissements. - Contre-indications : âge < 12 ans, ATCD de dyskinésie aux neuroleptiques.
		Non recommandé		- **Caféine** : risque d'abus médicamenteux/addiction. - **Opioïde** : augmente les nausées, risque d'abus médicamenteux/addiction.
		Prescription		- Conseiller une **prise précoce** (dans l'heure). - **Après échec du paracétamol : triptan + AINS.** . **Crise légère** : AINS puis triptan si soulagement insuffisant à 1 h. . **Crise modérée ou sévère** : triptan puis AINS si soulagement insuffisance à 1 h. . **Crise avec aura** : AINS dès le début de l'aura et triptan dès le début de la céphalée. - **Paracétamol + métoclopramide** si contre-indication/intolérance aux AINS/aspirine/ triptans. - **Métoclopramide** en cas de troubles digestifs.
		Suivi		À optimiser au bout d'au moins 3 crises.
	TTT de fond	- Objectif : **diminuer la fréquence et la sévérité des crises** (réduire le nombre de jours de céphalée par mois de 50 % dans la migraine épisodique et de 30 % dans la migraine chronique). - **Traitements non spécifiques** : β-bloquants, tricycliques, antiépileptiques antimigraineux. - Instauration lente du traitement et jugement de l'efficacité à 3 mois (poursuite 6-12 mois si efficace, puis diminution lente et progressive pour arrêt). - **Traitements spécifiques** pour les migraines sévères (≥ 8 jours/mois) après échec ≥ 2 traitements oraux : anticorps ciblant la voie du CGRP (non remboursé). - **Migraine chronique avec abus médicamenteux** : . Traitement de fond médicamenteux. . Conseiller un sevrage ambulatoire du médicament surconsommé. . Prescrire un autre traitement de crise pour gérer la céphalée de rebond et les crises résiduelles. - **Pour toutes les migraines impactant la qualité de vie** : traitements non médicamenteux (exercice physique, physiothérapie, psychothérapie).		
		Indications		- Crises fréquentes et/ou invalidantes. - Traitements de crise ≥ 8 jours/mois > 3 mois. - Migraine sévère. - Migraine chronique. - Score HIT-6 ≥ 60 (évaluation de l'impact). - Crises de migraine invalidantes malgré l'optimisation du traitement de crise.
		Propranolol	β-bloquant	- Haut niveau de preuve, 20-240 (2 prises/jour ou 1 prise le matin si forme LP). - EI fréquents : asthénie, intolérance à l'effort. - EI rares : dépression. - CI absolues : asthme, insuffisance cardiaque, BAV, bradycardie. - Précaution : dépression.
		Métoprolol		- Haut niveau de preuve, 50-200 mg (1 prise le matin, forme LP). - Mêmes effets indésirables et contre-indications que le propranolol.
		Oxétorone	Anti-sérotoninergique	- EI : somnolence, prise de poids, diarrhée, hyperprolactinémie. - CI : glaucome, HBP.
		Pizotifène		- Haut niveau de preuve. - EI : somnolence, prise de poids, nausées. - CI : glaucome, HBP.
		Amitriptyline	Antidépresseur tricyclique	- Haut niveau de preuve, 10-100 mg (1 prise au diner). - EI : somnolence, prise de poids, xérostomie. - CI absolues : glaucome, HBP. - CI relatives : obésité.

CODEX.:, S-ECN.COM

		Topiramate	Antiépileptique	- 50-200 mg (1 ou 2 prises/jour). - Seul médicament oral ayant une efficacité prouvée dans la prévention de la migraine chronique. - EI fréquents : paresthésies, troubles cognitifs, dépression, perte de poids. - EI rares : calcul rénal, myopie aiguë avec glaucome à angle aigu. - CI absolues : hypersensibilité, grossesse, glaucome, prise de metformine, insuffisance hépatique ou rénale, lithiase rénale. - CI relative : dépression, idées suicidaires.
		Flunarazine	Anticalcique	- Haut niveau de preuve. - Durée limitée à 6 mois. - EI : somnolence, prise de poids, dépression, syndrome parkinsonien. - CI : syndrome dépressif, syndrome extrapyramidal.
		Ac monoclonal anti-CGRP	Biothérapie	- Après avis neurologique, prescription par neurologue. - Trois anticorps en injection SC ont l'AMM pour la prophylaxie de la migraine ≥ 8 jours/mois et échec ≥ 2 traitements de fond.
		Candésartan	Antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II	- 8-32 mg (1-2 prises/jour). - EI : hypotension. - CI absolues : insuffisance cardiaque, sténose de l'artère rénale, insuffisance rénale, grossesse. - CI relative : hypotension.
		Toxine botulinique	- Efficacité démontrée pour la migraine chronique (mais pas épisodique). - AMM après échec ≥ 2 traitements de fond, en alternative aux Ac anti-CGRP. - Administration hospitalière.	
		Prescription	- Débuter à faible dose et augmentation progressive pour atteindre la dose journalière optimale. - Observance capitale (privilégier une prise quotidienne unique). - Migraine épisodique : . 1re intention : Propranolol ou métoprolol. . Contre-indication aux β-bloquants : amitriptyline, candésartan, topiramate. - Migraine chronique : topiramate. - Migraine chronique avec CAM : . Traitement de fond de 1re ligne. . Sevrage ambulatoire du médicament surconsommé. . Autre traitement de crise pour gérer la céphalée de rebond et les crises résiduelles.	
		Suivi	- Agenda des crises et échelle HIT-6 : efficacité du traitement de fond. - Efficacité jugée à 3 mois (poursuite 6-18 mois si efficace). - En cas d'échec : nouveau traitement. - Après échec de deux traitements : avis spécialisé (neurologue).	
	Grossesse	**Généralités**	- Pas de mauvaise évolution de la grossesse. - Souvent rémission des crises pendant la grossesse. - Suivi du CRAT pour les traitements.	
		TTT de crise	- Paracétamol. - Triptans si échec du paracétamol : sumatriptan (quel que soit le terme), rizatriptan ou zolmitriptan. - **AINS formellement contre-indiqués à partir de 24 SA** (utilisation très ponctuelle au cours de T1 et T2).	
		TTT de fond	- Traitement non médicamenteux en 1re intention : exercice physique, acupuncture, traitements psycho-comportementaux. - Au cas par cas : propranolol ou métoprolol ou amitriptyline.	

CÉPHALÉE DE TENSION

= **Douleur dysfonctionnelle** avec interaction de **facteurs périphériques myogènes** (crispation des muscles péricrâniens : mauvaise posture de la tête et du cou, sédentarité), de **facteurs neurologiques centraux** (dysfonction des systèmes de contrôle de la douleur) et de **facteurs psychologiques** (stress psychologique : contrariété, surmenage…)
- Très fréquente = **30 à 80 %** de la population, banale, souvent associée à la migraine.

ÉPIDEMIOLOGIE

Épisodique *(80 % des cas)*	- < 15 jours/mois. - 50-70 % de la population.
Chronique *(20 % des cas)*	- ≥ 15 jours/mois. - 1-2 % des adultes.

- Début à l'adolescence.
- 3♀ > 2♂
- Moins invalidante que la migraine.

DG

Céphalées :
- Crises à limites floues, durée variable.
- Localisation : bilatérales, antérieures (barre frontale) ou postérieures (avec cervicalgie).
- Type : serrement, étau, pression, brûlure, fourmillement, écoulement liquidien, sensation de tête vide.
- Intensité : légère à modérée, permettant la poursuite de l'activité (possiblement améliorée par l'activité), non augmentée par le mouvement.
- À l'examen : **crispation, sensibilité à la pression des muscles faciaux et cervicaux.**

Différence sémiologique entre migraine sans aura (MSA) et céphalée de tension (CT)

	Durée	Topographie	Tonalité	Intensité	Influence des efforts physiques	Photophobie et phonophobie	Signes digestifs d'accompagnement
MSA	4-72 h	Unilatérale	Pulsatile	Modérée à sévère	Aggravation	Les deux	Oui
CT	1-14 j	Diffuse	En étau	Faible à modéré	Aucun effet	Max 1 (phonophobie)	Non

Critères ICHD-3	- A : **≥ 10 épisodes** répondant aux critères B à D. - B : Durée **entre 30 minutes et 7 jours.** - C : ≥ 2 caractéristiques parmi : . Localisation **bilatérale.** . À type de **pression** ou de **serrement** (non pulsatile). . Intensité **faible à modérée.** . **Absence d'aggravation par l'activité physique.** - D : **absence de signe d'accompagnement** (pas de nausées, pas de vomissements, pas de photo-phonophobie, mais photophobie OU phonophobie possible). - E : non attribuable à une autre affection.

TTT

Information	- Expliquer d'un état de tension psychique peut favoriser une céphalée (via tension musculaire excessive).
Traitement de crise	- Paracétamol, aspirine ou AINS. - **Sans dépasser 2 jours/semaine** (ou 8 jours/mois). - Opiacés à éviter.
Traitement de fond	- En cas de céphalée de tension fréquente et chronique. - Amitriptyline à augmenter progressivement (10 à 50 mg). - Autres molécules : venlafaxine, gabapentine, duloxétine.
Autres mesures	- **Sevrage** en cas d'abus d'antalgiques ou d'AINS. - Hygiène de vie, lutte contre la sédentarité, physiothérapie, relaxation, thérapie cognitive et comportementale, gestion du stress.

CODEX.:, S-ECN.COM

CÉPHALÉE CHRONIQUE QUOTIDIENNE

= Céphalées **> 15 jours/mois** depuis **> 3 mois** : plus fréquent chez la femme entre 40 et 50 ans, anxieuse et/ou déprimée.
- 1-5 % des adultes.
- Complique des **migraines** ou des **céphalées de tension épisodique**, fréquemment associée à un **abus médicamenteux.**

DG

- **Céphalées migraineuses** ou **de tension** de plus en plus fréquentes, puis quotidiennes.
- Prise des traitements de crise de plus en plus fréquente, dès la moindre céphalée, voire préventive.

Migraine chronique

= Céphalées ≥ 15 jours/mois dont **> 8 jours** de céphalées migraineuses, possiblement dans un contexte d'abus médicamenteux.

Céphalée par abus médicamenteux (CAM)

= Céphalée ≥ 15 jours par mois dans un contexte de **surconsommation de traitements de crise ≥ 3 mois** chez un patient avec une céphalée primaire préexistante (céphalée de tension ou migraine).
- 1-5 % des adultes.
- **Opiacés et antalgiques combinés = haut risque.**
- Surconsommation d'antalgiques = **conséquence ou cause** de l'augmentation de la fréquence des céphalées.
- Prévention :
  . Diagnostic adéquat de la migraine et de la céphalée de tension en médecine générale.
  . Prescription de traitements de crise recommandés en évitant les opiacés et les antalgiques combinés.
  . Information du patient sur le rôle de la surconsommation des antalgiques dans l'augmentation des céphalées.
  . Conseils de limitation du nombre de jours de prise de traitement de crise à 2 jours par semaine ou 8 jours par mois.
  . Mise en place d'une prophylaxie de la céphalée primaire si traitement de crise fréquent et crises invalidantes.

Critères ICHD 3 de la CAM

- A : Céphalée **≥ 15 jours/mois** chez un patient ayant une **céphalée pré-existante.**
- B : **Surconsommation régulière > 3 mois** d'un/plusieurs traitements de crise des céphalées.
  . Antalgiques non opiacés (AINS, aspirine, paracétamol) **≥ 15 jours/mois.**
  . Triptans, ergotamine, opiacés et/ou antalgiques combinés **≥ 10 jours/mois.**
- C : N'est pas mieux expliquée par un autre diagnostic.

PC

Exclusion obligatoire d'une céphalée secondaire → IRM injectée +/- biologie et ponction lombaire.

TTT

- **Éducation thérapeutique** : prise limitée du traitement de fond.
- **Sevrage médicamenteux ambulatoire** ou **hospitalier.**
- De fond : **amitriptyline** à dose progressive ou **topiramate** pour faciliter le sevrage++.
- Information : le sevrage entraîne une **céphalée de rebond**, qu'il faudra gérer avec des mesures non médicamenteuses. La **céphalée primaire sous-jacente persistera** malgré le sevrage.

CODEX.:, S-ECN.COM

ALGIE VASCULAIRE DE LA FACE

= Principale **céphalée trigémino-autonomique (CTA)** : céphalée primaire rare, avec douleur unilatérale stricte et présence de signes dysautonomiques.

ÉPIDEMIOLOGIE

- 1/1000.
- 0,1 % à 0,4 %.
- Débute chez l'adulte jeune (30 ans).
- ♂ > ♀ (SR = 4-5 dans la fiche LiSA, SR = 6 dans le collège d'ORL, SR = 7 dans le collège de CMF).
- Forme épisodique ou chronique.
- Handicap majeur.
- Rôle aggravant du tabac et de l'alcool.

DG

= Crises douloureuses stéréotypées, strictement unilatérales périorbitaires très intenses mais courtes < 3 heures avec symptômes trigémino-autonomiques et agitation motrice.
- Acmé en 10-15 minutes, cède brusquement.
- Signes « migraineux » à type de nausées/vomissements, photo/phonophobie souvent présents (ne devant pas égarer le diagnostic).
- Crises quotidiennes, mais par périodes dans l'année.
- Parfois déclenchées par la prise d'alcool → **diagnostic purement clinique.**

Critères ICHD-3

- A : **≥ 5 crises** répondant aux critères B-D.
- B : Douleur **sévère/très sévère**, **unilatérale**, **sus-orbitaire** et/ou **temporale**, durant **15 à 180 minutes** (sans traitement).
- C : ≥ 1 élément parmi.
  . **≥ 1 signe homolatéral à la douleur** parmi :
  - Injection conjonctivale et/ou larmoiement.
  - Congestion nasale et/ou rhinorrhée.
  - Œdème palpébral.
  - Transpiration du front et/ou de la face.
  - Myosis et/ou ptosis.

  . **Impression d'impatience ou agitation.**
- D : Fréquence des crises **entre 1 tous les 2 jours** et **8/jour** en période active.
- E : Non expliqué par une autre cause.

Bilan

- **IRM cérébrale** systématique après la 1re crise pour éliminer une céphalée secondaire.

DD

1/ Eliminer une céphalée secondaire

Avant la répétition des crises :
- **Dissection de la carotide** : douleur cervicale pouvant s'étendre à la face ± syndrome de Claude Bernard Horner partiel.
- **Sinusite éthmoïdo-sphénoïdale** ± œdème palpébral de la paupière supérieure.

Après installation de la répétition des crises :
- **Tumeur hypophysaire**.
- Processus pathologique du **sinus caverneux**.

Exploration par IRM systématique (même si diagnostic clinique évident).
± écho des TSA ou angiographie ± TDM cérébral.

2/ Puis éliminer une autre céphalée primaire et névralgie faciale et une autre céphalée trigémino-autonomique.

ÉVOLUTION

Algie vasculaire épisodique *90 %*

- **Périodicité circannuelle** = symptômes pendant des périodes de **2 à 8 semaines,** entrecoupées de rémissions sans crise.
- **Périodicité circadienne** = crises pratiquement tous les jours avec horaire régulier (après les repas et la nuit) pendant les périodes douloureuses.

Algie vasculaire chronique *10 %*

= **Absence de rémission** sur l'année (ou des rémissions d'une durée de moins de 3 mois)**.**
- Exploration lors de la 1re crise pour éliminer un diagnostic différentiel (dissection carotidienne…)
- Importante comorbidité psychiatrique : signes dépressifs, agoraphobie, tendances suicidaires.
- TTT : **lithium,** voire **stimulation bilatérale du grand nerf occipital** en cas d'échec.

TTT

RHD

- Éradication de l'alcool.
- Horaires de sommeil réguliers, éviter les siestes.
- Sevrage tabagique encouragé.

TTT de crise

- **Sumatriptan injectable SC (6 mg/mL)** : disparition des crises en 3-15 minutes, maximum 2 injections/jour et 1 h d'intervalle entre 2 injections (spray parfois efficace).
- **Oxygénothérapie au masque facial** (≥ 12-15L/min pendant 15-20 minutes), prescrite par un neurologique, ORL ou centre d'algologie (remboursée).

	TTT de fond	= En période douloureuse si traitement des accès insuffisant : 2 à 8 crises/jour ou épisodes longs. - **Vérapamil** en 1re intention (12à mg, 2/jour) après ECG. - Autres : **corticothérapie** (si crises très fréquentes), méthysergide, indométacine, carbonate de lithium (formes chroniques), **traitements chirurgicaux** (formes chroniques pharmaco-résistantes).

AUTRES CÉPHALÉES TRIGÉMINO-AUTONOMIQUES

TYPE	**Hémicrânie paroxystique**	= **Douleur très intense, orbitaire**, souvent accompagnée de **signes neurovégétatifs.** - **Crises brèves** (2 à 30 minutes) et **fréquentes** (5 à 30/jour), épisodique ou chronique (10 % des cas). - Forte prépondérance féminine (7/1). - Disparition des crises sous **indométacine** en quelques jours : critère diagnostique.
	Hemicrania continua	= **Douleur unilatérale fixe**, **quotidienne** et **permanente**, **crânienne** et/ou **faciale**, avec **exacerbations d'allure migraineuse** et **symptômes trigémino-autonomiques.** - Disparition des crises sous **indométacine** en quelques jours : critère diagnostique.
	Syndrome SUNCT	= ***Short-lasting unilateral neuralgiform headache attacks with conjonctival injection and tearing*** : **douleurs** très intenses, accompagnées d'un **larmoiement** et d'une inje**ction des conjonctives**, survenant par crises brèves (< 3 minutes) et fréquentes (5 à 80/jour, souvent par salves), lors d'épisodes de quelques jours à quelques mois, 1 à 2 fois/an. - Indométacine non efficace. - TTT : **antiépileptique.**

NÉVRALGIE DU TRIJUMEAU = NÉVRALGIE FACIALE

= Névralgies de la face en brèves salves répétées avec décharge ectopique au niveau du nerf trijumeau, cause variée : **essentielle classique** (compression neuro-vasculaire sans cause apparente) ou **secondaire** (affection sous-jacente) ou **essentielle idiopathique** (pas d'anomalie retrouvée).
- Émerge du tronc cérébral au niveau de l'angle ponto-cérébelleux, croisé par l'artère cérébelleuse supérieure, pénètre l'os pétreux, donne le ganglion de Gasser, puis se sépare en branches V1 (ophtalmique), V2 (maxillaire) et V3 (mandibulaire).

DIAGNOSTIC	- Prévalence inconnue, rare, mais à reconnaître car douleur intense. - Incidence faible (0,07 %). - Légère prédominance féminine, > 50 ans.		
	Névralgie essentielle du trijumeau (classique)	- Mécanisme : compression de la racine du nerf trijumeau par une **branche de l'artère basilaire** (généralement l'**artère cérébelleuse supérieure**), le plus souvent chez la femme > 50 ans.	
		Douleur	- Très intense, fulgurante. - À type d'éclair/décharge électrique. - De durée très brève (secondes). - Avec immobilisation brève douloureuse.
		Topographie	Unilatérale, au territoire du trijumeau ou à une/deux branches. - **V2** (maxillaire supérieur - 40 %). - **V3** (maxillaire inférieur - 20 %). - **V1** (ophtalmique - 10 %).
		Facteurs déclenchants	- « **Zone gâchette** » : douleur déclenchée de manière élective par l'excitation d'une zone cutanée précise du territoire douloureux (effleurement suffisant). - Parole, mimique, rire, mastication → Le patient tente de garder le visage immobile et mange le moins possible.
		Examen clinique	**NORMAL** - Sensibilité faciale et cornéenne (réflexe cornéen présent). - Force des muscles masticateurs (innervés par le V) normale. - Absence de toute atteinte neurologique. - Peau normale. **→ La moindre anomalie oriente vers une névralgie secondaire.**
	Médical	- **Carbamazépine** (400-1600 mg/j) à augmenter progressivement (2-3/jour, 30 min avant les repas) mais effets secondaires chez le sujet âgé (somnolence, vertiges, ataxie). - Oxcarbamazépine si intolérance de la carbamazépine. - Baclofène +/- carbamazépine. - Lamotrigine, gabapentine, clonazépam.	

	Chirurgical		En cas d'échec des traitements médicamenteux : - Destruction de la voie trigéminée : . Radiochirurgie par gamma-knife sur l'émergence du trijumeau. . Thermocoagulation ou compression par ballonnet du ganglion de Gasser. - Chirurgie de décompression d'un conflit vasculo-nerveux (critères IRM stricts).
	Neuropathie trigéminale douloureuse		- Même traitement que les autres douleurs neuropathiques focales avec traitement local + général. - En cas d'échec : avis algologique.
	Névralgie ou douleur neuropathique secondaire	**Définitions**	- Névralgie secondaire : . Douleur à type de décharge électrique avec zone gâchette. . Parfois examen clinique normal → IRM devant toute névralgie du trijumeau. - Douleur neuropathie secondaire : douleur à type de brûlure continue +/- décharges surajoutées.
		Drapeaux rouges	- Âge de survenue jeune (SEP). - Décharges moins intenses ou fond douloureux, hypoesthésie. - Prépondérance dans le territoire V1 (zona), diminution réflexe cornéen. - **Fond douloureux** avec paresthésies et hypoesthésie (neuropathie douloureuse). → **IRM cérébrale** + bilan biologique +/- ponction lombaire.
		Causes	- Infection de la base du crâne. - Tumeur. - Polyneuropathie des connectivites (sclérodermie, lupus, syndrome de Sjögren). - Mononeuropathie post-zostérienne. - Sclérose en plaques.

AUTRES NÉVRALGIES FACIALES ET CRÂNIENNES

NEVRALGIE DU GLOSSO-PHARYNGIEN	= Très rare : douleur comparable à la névralgie du trijumeau. - Douleur de la région amygdalienne, irradiant à l'oreille et à l'angle mandibulaire. - Topographie : **base de la langue**, **fond de la gorge**, **amygdale** et **conduit auditif externe.** - Facteur déclenchant : **parole, déglutition, mouvement du cou.** ± pertes de connaissance. - Examen neurologique normal sans signe déficitaire. → Difficile à différencier d'une névralgie secondaire : **IRM** systématique + éliminer carcinome de la base de la langue ou de la tonsille.
NEVRALGIE DU GRAND OCCIPITAL (ARNOLD)	- Douleur : décharge électrique ou élancement, souvent sur un fond douloureux permanent à type de paresthésies ou de brûlures. - Topographie : nerf d'Arnold formé par la branche postérieure de la deuxième racine cervicale (C2). - Innervation du cuir chevelu de l'occiput jusqu'au vertex → Douleurs siégeant dans la région occipitale d'un côté et irradiant vers le vertex et jusque dans la région orbitaire. - Facteur déclenchant : mouvements de la tête et du cou. - Douleur parfois déclenchée par appui sur la zone d'émergence du nerf, à la base du crâne, au niveau de la naissance des cheveux. - Cause locale possible (lésion cervicale haute).
NEVRALGIE LARYNGEE SUPERIEURE	- Douleur déclenchée par la phonation.

DIFFERENCES SEMIOLOGIQUES ENTRE UNE MIGRAINE SANS AURA, UNE AVF ET UNE NEVRALGIE FACIALE

	Migraine sans aura	**Algie vasculaire de la face (AVF)**	**Névralgie faciale**
Épidémiologie	3F/1 h 20-40 ans	1F/5 h 20-40 ans	2F/1 h > 60 ans
Périodicité	Partielle	Circannuelle et circadienne	Absente
Durée des crises	4-72 heures	15-180 minutes	Salves de quelques minutes
Intensité des crises	Modérée à sévère	Sévère à très sévère	Sévère à très sévère
Tonalité des crises	Pulsatile	Térébrante	Électrique
Latéralisation des crises	Possible	Stricte	Stricte
Topographie des crises	Hémicrânienne	Orbitaire	Mandibulaire et maxillaire
Dysautonomie	Possible si crise intense	Majeure	Parfois en fin de crise
Comportement	Repli	Agitation motrice	Contracture faciale (tic)
Facteur déclenchant des crises	Multiples et variés	Alcool et situations d'hypoxie	Stimulation zones gâchette

DOULEURS DE LA FACE

- Douleur de la tête située au-dessous de la ligne orbito-méatale, en avant du pavillon de l'oreille et au-dessus du cou +/- région du front.

PRINCIPALES CAUSES

1. Céphalées primaires à expression faciale	- **Migraine sans aura** : crises touchant l'œil, le nez, la joue, les dents (diagnostic si critères ICHD satisfaits, durée de 4-72 h, avec photophobie et nausées). - **Algie vasculaire de la face** : crises faciales < 3 heures avec signes dysautonomiques et agitation. - **Autres céphalées trigémino-autonomiques** (rares) : crises ressemblant à une AVF, mais plus courtes (avis neurologique).
2. Algies faciales secondaires de cause neurologique ou générale	- **Dissection carotidienne.** - **Hypertension intracrânienne.** - **Thrombose du sinus caverneux.** - **Artérite à cellules géantes (douleur langue, nez) :** . Sujet âgé (1/120 chez les plus de 80 ans). . AEG (fébricule), induration douloureuse de l'artère temporale, disparition du pouls, hyperesthésie du cuir chevelu, faiblesse douloureuse des muscles masticateurs (claudication des mâchoires). . Syndrome inflammatoire biologique. . Urgence diagnostique et thérapeutique (risque de cécité dans 10 % des cas). - **Vascularites à ANCA (atteinte des sinus).**
3. Algies faciales secondaires de cause locale	- **Sinusites aiguës.** - **Tumeurs ORL** : cavum, parotide, sinus, base de la langue avec otalgie. - **Otalgies secondaires.** - **Stomatites et pulpites.** - **Désordres de l'ATM.** - **Syndrome de l'apophyse styloïde longue (syndrome d'Eagle) :** . Calcification/enthésite du tendon de l'insertion du muscle stylo-hyoïdien (radio ou scanner). . Douleur latérocervicale déclenchée par la déglutition, sans dysphagie. - **Douleurs attribuées à une anomalie de la muqueuse nasale** : . Points de contact muqueuse/muqueuse → Troubles dysautonomiques → manifestations pseudo-migraineuses. . Collision entre un éperon (déformation) de la cloison nasale et un cornet nasal (inférieur > moyen). . Concordance de côté en l'anomalie anatomique et les symptômes + disparition des douleurs après anesthésique local.
4. Névralgies secondaires du V	- **SEP.** - **Tumeurs intracrâniennes.** - **Infarctus du tronc cérébral** : syndrome de Wallenberg. - **Zona.** - **Neuropathie du nerf mentonnier (V3)** : infiltrat tumoral. - **Méningites carcinomateuses ou infectieuses avec atteinte du V.**
5. Algies faciales idiopathiques	= Douleurs sans cause locale, chronique, souvent sur terrain anxieux/dépressif, par perte de l'inhibition centrale des circuits douloureux. - Prédominance féminine avec comorbidité anxieuse/dépressive et événements de vie difficiles. - Traitement reposant sur celui des douleurs neuropathiques chroniques et des céphalées de tension chroniques.
	Algie faciale idiopathique persistante : - Douleur continue, indépendante d'un trajet d'un nerf, sans zone gâchette, sans décharge électrique, uni/bilatérale modérée. - Respect du sommeil, augmentée à la mastication et à la phonation. - Après traumatisme ou interventions. - Diffusion de la douleur avec le temps. - Signes neurologiques pauvres.
	Odontalgie idiopathique : - Douleur dentaire sans cause organique notable, sans pathologie dentaire. - Douleur continue ou périodique, sans paroxysmes, souvent avec allodynie. - Prémolaires et molaires, maxillaire > mandibulaire. - Dent fantôme (extraite).

		Stomatodynie idiopathique	= Syndrome de bouche brûlante. - Douleur de la muqueuse buccale sans cause organique, continue, chronique, bilatérale. - Rarement dysesthésies. - Pas de lésion visible. - Spontanée ou augmentée par les aliments épicés ou acides et diminuée par la prise de nourriture ou de boissons. - Éliminer une séquelle de radiothérapie, mucite sur chimiothérapie ou xérostomie médicamenteuse ou systémique.
		Désordres temporo-mandibulaires idiopathiques	- Pure douleur des muscles masticateurs et/ou des ATM sans autre cause. - Douleur constante, sourde, non spécifique, exacerbée par le mouvement articulaire. - Souvent unilatérale, au niveau de muscles masticateurs, la tempe et la zone prétragienne. - Irradiation vers l'oreille, la mandibule, le front, la mastoïde, la région latérocervicale. - Peut être déclenchée par un traumatisme direct. - Douleur diurne, maximale au réveil (sommeil perturbé, mais la douleur ne survient pas la nuit). - Allodynie des muscles masticateurs. - Acouphènes, sensation d'oreille bouchée, perte subjective de l'audition fréquents.
	Causes graves à éliminer	En absence de cause locale chez un adulte > 50 ans avec AEG. - **Pathologie tumorale ORL** : tumeur des sinus, de la cavité nasopharyngée, parotidienne. - **Artérite temporale ou autre vascularite.** - **Dissection carotidienne.** - **Neuropathie du nerf mentonnier** (tumeur maligne fréquente après exploration). - **Algie faciale et cancer pulmonaire** : invasion ou compression du nerf pneumogastrique X par une tumeur pulmonaire ipsilatérale.	
ALGIES D' ORIGINE DENTAIRE	- Causes les plus fréquentes de douleurs buccales. - Douleurs typiques buccales, au niveau d'une dent, de plus en plus sévères, persistantes et irradiées. - Examen dentaire nécessaire. - Tests de vitalité pulpaire : douleur dentaire majorée par le froid, la percussion axiale/latérale.		
	Carie de la dentine	- Douleur brève après stimulus de la dent (froid, chaud, sucre, acide) = sensibilités dentaires. - Douleurs provoquées puis permanentes.	
	Pulpite aiguë	- Aiguë : douleur vive et intense, irradiée, homolatérale, provoquée puis spontanée. - Purulente : douleur pulsatile, violente, durable, irradiée dans toute la cavité buccale. - Sensation de dent longue.	
	Parodontie	- Douleur pulsatile, lancinante, parfois intense, avec irradiation trigéminale, aggravée par le décubitus et la chaleur avec sensation de « dent longue ». - Œdème et inflammation gingivale en regard de la dent causale, percussion axiale de la dent très douloureuse.	
	Abcès d'origine dentaire	- Complication des affections précédentes non/mal traitées. - Douleur vive, lancinante, insomniante. - Signes généraux infectieux et signes locaux spectaculaires : œdème, comblement vestibulaire, rougeurs cutanées en regard de la dent causale, trismus, adénopathie cervicale.	
	Alvéolite	- 2-3 jours après extraction dentaire. - Douleur violente, irradiée à partir de la dent.	
	Accident d'évolution de la dent de sagesse mandibulaire	- Douleurs locorégionales. - Signes locaux inflammatoires en regard de 38 ou 48. - Parfois trismus.	
	Dents incluses	- Surtout pour les molaires supérieures 18 et 28. - Douleurs projetées au fond du CAE : otalgies parfois déclenchées par les changements de pression.	
	Douleurs induites par un traitement orthodontique	- En général par mobilisation dentaire un peu trop rapide. - Cessent dès que la dynamique de mobilisation est modérée. - parfois blessure muqueuse par le matériel orthodontique (examen minutieux).	

ALGIES D' ORIGINE SINUSIENNE		- Douleur faciale en regard du sinus atteint. - Pulsatile à type de pesanteur ou de tension. - Augmentée par la position penchée en avant et la pression sur le sinus, recrudescence en fin de matinée ou vespérale. - **Signes d'accompagnement** : rhinorrhée purulente, obstruction nasale, céphalées, cacosmie, jetage postérieur. - **Signes généraux modestes** : fièvre à 38 ou 38,5 °C. - Topographie : . Douleur jugale avec irradiation dentaire pour les sinusites maxillaires. . Douleur frontale pour les sinusites frontales. . Douleur du vertex ou rétro-orbitaire pour les sinusites sphénoïdales. . Douleur péri-orbitaire pour les atteintes ethmoïdales. - Diagnostic **clinique**, sauf si suspicion d'atteinte du sinus frontal ou sphénoïdal → Scanner des sinus sans injection (injection si doute sur complication). - **Sinusites maxillaires chroniques** : peu pourvoyeuses de céphalées, symptômes à type de pesanteur (céphalée = complication). - **Sinusites chroniques frontales ou sphénoïdales** : douloureuses. - **Cancers nasosinusiens** : douleurs tardives faisant craindre un envahissement nerveux, avec souvent des symptômes pré-existants **d'apparition progressive** et de caractère **unilatéral** (rhinorrhée, obstruction nasale, épistaxis) → Céphalée d'allure non primaire + signes rhinologiques = scanner des sinus + endoscopie des fosses nasales (si anomalie).
ALGIES D'ORIGINE OCULAIRE		- Présentation évocatrice avec plainte douloureuse oculaire ou anomalies ophtalmologiques associées (chémosis, épiphora, exophtalmie, BAV). - Diagnostic par ophtalmologue après examen spécialisé : glaucome, aigu, dacryocystite, kérato-conjonctivite. - **Troubles de l'accommodation (hétérophorie) ou de la convergence (hétérotopie)** : douleurs localisées fronto-glabellaires légères à modérées, vespérales (confusion avec des sinusalgies frontales ou de céphalées de tension), rythmées par le travail ou l'utilisation d'écrans avec pseudo-vertiges (sous-diagnostic).
ALGIES D' ORIGINE AURICULAIRE		- **Otite** aiguë moyenne ou externe (otoscopie). - Otite séromuqueuse rarement douloureuse, mais doit faire évoquer une pathologie du cavum ou de la base du crâne (ostéite, tumeur) si associée à une céphalée. - **Douleurs projetées** : . Origine bucco-pharyngée : dentaires, angine. . Otalgie réflexe d'une tumeur touchant le rhinopharynx, l'oropharynx ou l'hypopharynx →Examen pharyngolaryngé et palpation des aires ganglionnaires cervicales indispensables (à répéter si besoin). - Douleur de l'ATM dans le cadre du **syndrome algodysfonctionnel de l'appareil manducateur** (SADAM) : . Associé à un trouble de l'articulé dentaire ou à un bruxisme nocturne. . Anomalie dynamique de l'ATM à l'ouverture de la bouche : course mandibulaire faisant un trajet en baïonnette, ressaut, craquement.
ALGIES D' ORIGINE BUCCALE NON DENTAIRE	**Ulcérations traumatiques**	- Douleur vive localisée. - Lésion aux bords réguliers, discrètement érythémateuse. - Peu/pas d'induration. - Causes : dentaire, prothèse inadaptée, morsure, brûlures. - Suppression de l'agent causal → Guérison en quelques jours. - Toute lésion > 15 jours = biopsie.
	Aphte buccal	- Très fréquent. - Douleur continue, parfois insomniante, exacerbée par ingestion de certains aliments. - Ulcération bien arrondie, bords réguliers, fond plat et fibrineux, entourée d'un halo rouge. - Base souple. - Parfois douleurs sévères et alimentation orale impossible par des grandes aphtoses buccales chez les immunodéprimés (hospitalisation pour nutrition parentérale ou SNG).
	Cancers de la cavité buccale	- Douleurs spontanées augmentant à la mastication et limitant l'alimentation. - Ulcérations à bords surélevés, indurées, saignant au contact ou tumeur douloureuse, congestive inflammatoire. - Biopsie indispensable.
	Infections avec ulcération des muqueuses	- Ulcération buccale unique (tuberculose, CMV, maladie des griffes du chat) ou multiples (herpès buccal).
	Mycoses linguales	- Douleurs à type de cuisson (candidoses) : stomatite érythémateuse ou muguet.
	Toxidermie d'origine médicamenteuse	- Érythème polymorphe (érosions post-bulleuses).
	Mucite induite par radiothérapie	- Douleur diffuse de toute la cavité buccale, augmentée par l'absence de salive (alimentation difficile), xérostomie.
ALGIES DE CAUSE SALIVAIRE		*Cf. item 90*

ALGIES FACIALES DE CAUSES OSSEUSES	**Fractures des os de la face**	- Fractures mandibulaires. - Douleur post-traumatique, par mobilisation du foyer fracturaire (lors de l'examen à la palpation/pression). - Impotence de mandibule si fracture.
	Ostéite	- Douleur lancinante, fluctuante, non rythmée.
	Ostéoradionécrose ou ostéite post-radique	- Ostéolyse douloureuse, souvent de cause dentaire, quelques années après une radiothérapie pour une tumeur de la face et du cou.
	Ostéochimionécrose	- Biphosphonates ou dénosumab.
	Tumeurs osseuses	- Tumeurs bénignes : indolores en dehors d'une poussée inflammatoire ou d'une surinfection. - Tumeurs malignes : douloureuses par envahissement des branches du trijumeau (névralgie symptomatique avec dysesthésie V2 ou V3).
ALGIES FACIALES DE CAUSES MANDI-CATRICES	**Douleurs aiguës de l'ATM**	- Arthrite aiguë : rare, signes inflammatoires locaux et limitation d'ouverte buccale. - Fractures : post-traumatique, limitation douloureuse de l'ouverture buccale par contracture musculaire locale (ptérygoïdien latéral). - Luxation bilatérale de l'ATM.
	Douleurs chroniques de l'ATM secondaires	- Douleurs péri-articulaires, latéro-faciales, pré-auriculaires et rétro-orbitaires avec myalgies temporales et des masséters irradiant vers les secteurs molaires supérieurs et inférieurs. - Douleur temporo-mandibulaire à la pression du CAE et à la palpation endobuccale des muscles masticateurs. - Ressaut et claquement lors de l'ouverture buccale (en baïonnette). - Souvent dues à une anomalie de l'articulé dentaire.
DOULEURS BUCCALES IDIOPATHIQUES	**Douleurs oro-faciales idiopathiques persistantes**	- Douleur faciale profonde et mal localisée. - Durée : > 2 h/jr, >3 mois. - Examen neurologique normal. - Examens complémentaires normaux.
EXAMENS COMPLEMENTAIRES		- Interrogatoire et examen clinique complet de la face, des oreilles et de la cavité buccale. - **Panoramique dentaire** en cas de douleur dentaire, cone beam computed tomography ou CBCT. - **Examen ORL complet** (otoscopie et fibroscopie). - **TDM du massif facial et des sinus** (sans et avec injection). - Échographie +/- IRM pour les parties molles. +/- Prélèvements infectieux, bilan biologique, cytoponction. - **Biopsie** en cas de lésion suspecte de la muqueuse buccale. - Si examen local normal et/ou douleur récente et inhabituelle et/ou céphalée associée : raisonnement d'une céphalée aiguë/chronique *(cf. item 100).*